

Faculté de Médecine de Paris

Année 1933

N°

196

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henriette GONET

Née au Havre le 17 Juillet 1892

**ÉTUDE TECHNIQUE
DE QUELQUES TRAITEMENTS
PHYSIOTHÉRAPIQUES
DANS LES ANNEXITES PUERPÉRALES**

Président : M. GOSSET, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS

1933

Faculté de Médecine de Paris

Année 1933

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henriette GONET

Née au Havre le 17 Juillet 1892

**ÉTUDE TECHNIQUE
DE QUELQUES TRAITEMENTS
PHYSIOTHÉRAPIQUES
DANS LES ANNEXITES PUERPÉRALES**

Président : M GOSSET, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS

1933



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ. LEREBoullet. NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE. LENORMANT.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO. GRÉGOIRE. GOSSET. TERRIEN. LEGUEU. COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN. J.-L. FAURE. OMBRÉDANNE. RATHERY. LEMAITRE Pierre DUVAL. SERGENT. Léon BERNARD. MATHIEU. HOVELAQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Professeurs sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiâ- trie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri.	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI..	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphi- ligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimen- tale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ...	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.

LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.

MM.

REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU	Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAC		HEITZ-BOYER ...	
DEBRÉ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
		SCHWARTZ	
		LE LORIER	
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale
		METZGER	
		GUÉNIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédi- que chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé ...		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET SOEURS,

MEIS ET AMICIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse, élaborée dans son
Service de Chirurgie de la Salpê-
trière.*

A Mme LE DOCTEUR FRANCILLON-LOBRE
Chargée de la Consultation de Gynécologie
dans le Service du Professeur Gosset.

*C'est à elle que nous devons le
sujet de cette thèse.*

*Elle nous a largement fait pro-
fiter, à sa consultation, de sa
haute expérience de gynécolo-
gue.*

*Nous ne saurions oublier tout
ce que nous devons à la précision
et à la luminosité de l'enseigne-
ment clinique qu'elle nous prodi-
gua pendant les trois années de
notre stage à la Salpêtrière.*

*Nous sommes heureuse de lui
exprimer ici notre très respec-
tueux attachement et notre pro-
fonde gratitude.*

A Mme LE DOCTEUR COLLARD-HUARD
Médecin-consultant à Salies-de-Béarn.

*Qui nous a accueillie avec infi-
niment de bienveillance et qui
nous communiqua, avec tant
d'amabilité, diverses observa-
tions intéressantes de sa clien-
tèle thermale.*

A Mlle LE DOCTEUR PALISSE
Assistante à la Consultation de Gynécologie
de la Salpêtrière

*En témoignage de reconnais-
sante affection.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

- M. LE PROFESSEUR BEZANÇON
- M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in mémoires*)
- M. LE PROFESSEUR ACHARD
- M. LE PROFESSEUR PROUST
- M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT
- M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
- M. LE PROFESSEUR LEGUEU
- M. LE PROFESSEUR BRINDEAU
- M. LE PROFESSEUR TERRIEN
- M. LE PROFESSEUR DEBRÉ
- M. LE DOCTEUR HARVIER
- M. LE DOCTEUR SÉZARY
- M. LE DOCTEUR MARQUÉZY
- M. LE DOCTEUR ROUGET

INTRODUCTION

En suivant assidûment pendant trois années la Consultation de Gynécologie faite à la Salpêtrière par Mme le Docteur Francillon-Lobre dans le service du Professeur Gosset, nous avons été frappée par la fréquence des cas de salpingite qui ont pour cause la puerpéralité, les malades faisant nettement remonter le début de leurs accidents, soit à un accouchement, soit le plus souvent à un avortement (naturel ou provoqué).

Ces malades, appartenant à des milieux sociaux divers, où dominant nettement les femmes vivant de leur travail, ont été traitées dans le service selon les méthodes physiothérapiques modernes que l'on met en œuvre communément dans le traitement des annexites.

Or, il nous a paru, et plusieurs auteurs l'ont observé aussi à diverses reprises, que ces annexites puerpérales, qui ont été souvent jusqu'ici étudiées parallèlement aux salpingites gonococciques, avaient des caractères nettement différenciés et, quoiqu'étant justiciables des mêmes traitements en général, présentaient des symptômes, une évolution, une durée et un pronostic différents, surtout quant aux séquelles et aux conséquences lointaines de l'affection.

D'autre part nous avons eu l'occasion, grâce à

l'obligeance de Madame le Docteur Collard-Huard, médecin-consultant à Salies-de-Béarn, d'étudier les résultats de la cure hydro-minérale pratiquée dans cette station, chez des malades appartenant à un milieu social différent, et présentant des séquelles de salpingite d'origine vraisemblablement puerpérale. En présence des résultats obtenus et de la solidité des guérisons observées, elle a conclu comme nous, quant au pronostic de ces affections.

Nous nous proposons donc d'étudier à la faveur de quelques observations choisies parmi les fiches des malades de la Consultation de Mme Francillon-Lobre, et dans quelques dossiers qu'a bien voulu nous communiquer Mme Collard-Huard, quelques traitements physiothérapiques institués avec succès dans divers cas d'annexites péri-utéro-ovariennes ayant une étiologie nettement puerpérale.

CHAPITRE PREMIER

Les annexites puerpérales

La plupart des études faites jusqu'ici sur les salpingo-ovarites (ainsi nommées pendant longtemps) ou annexites (comme on a tendance à appeler dorénavant les affections péri-utéro-ovariennes) englobaient, sans diagnostic étiologique, toutes les affections provoquées par la pénétration et le développement dans les trompes et les ovaires, de divers micro-organismes de la suppuration. Dans l'ensemble ces réactions se ressemblent et leur traitement fut d'abord le même. Pourtant la salpingite tuberculeuse, dès qu'elle fut mieux connue, devint justiciable d'un traitement absolument différent (que nous n'étudierons pas) de celui des annexites à streptocoques, staphylocoques ou gonocoques.

Etant donné la persistance si longue du gonocoque dans le tractus génital féminin, il est extrêmement fréquent de le retrouver dans les sécrétions vaginales d'une femme présentant une annexite même ancienne, dont on soupçonne l'étiologie gonococcique.

Si on ne le trouve pas, bien souvent l'interrogatoire de la malade, l'examen minutieux des annexes, les caractères de l'infection uni ou bi-latérale, la du-

rée des réactions, leur violence, leur sédation sous l'influence du traitement institué, permettent de penser que l'infection a une origine strepto ou staphylococcique et de conclure à un pronostic relativement bon.

En effet, il est admis actuellement par nombre de gynécologues (1), que le streptocoque donne plutôt des lésions de péritonite et d'inflammation des ligaments larges ou de pelvi-péritonite que des lésions d'endosalpingite et agit par voie lymphatique, tandis que le gonocoque frappe plus fortement les muqueuses, et peu le péritoine en respectant, en général, le système lymphatique. Il donne des salpingites catarrhales puis des pyosalpinx, mais ne produit que des lésions discrètes de pelvi-péritonite sans entraîner de cellulite pelvienne.

M. Métivet conclut au sujet de ces infections péri-utéro-salpingiennes streptococciques : « grosses lésions apparentes : bon cas. Le traitement sera long mais une guérison parfaite en sera le résultat ».

Au contraire, en présence d'un cas gonococcique le pronostic est peu favorable : « lésions discrètes, mais mauvais cas ; l'endosalpingite persiste, la trompe est fonctionnellement perdue ».

On peut donc conclure, schématiquement, à peu près ceci : la guérison, s'il s'agit d'une affection puerpérale n'entraîne pas l'imperméabilité tubaire ; par contre le gonocoque laisse une lésion de la muqueuse,

(1) Discussions de la Société de Chirurgie, 1932.

oblitérant la trompe, et entraînant à peu près sûrement, la stérilité si la lésion est bilatérale.

L'importance du diagnostic étiologique s'affirme donc si l'on veut porter à bon escient un pronostic fonctionnel.

L'examen clinique d'ailleurs permet souvent de préciser le diagnostic. M. Métivet, à une récente discussion de la Société de Chirurgie, rapportait à ce sujet que son maître Paul Reynier « posait sentencieusement — un doigt dans le vagin de ses consultantes — des diagnostics de salpingites gonococciques et d'annexites streptococciques » en rappelant que, à son avis, ces dernières « se manifestent par : col utérin fixé, fond utérin non perçu, parce que noyé dans une gangue inflammatoire débordant parfois hors du petit bassin, matelassant les culs-de-sacs, adhérant au sacrum, infiltrant les ligaments larges et remontrant parfois jusqu'à l'arcade crurale ».

Dans la salpingite gonococcique « l'utérus est un peu gros et légèrement douloureux, peu mobile, les annexes perçues aisément après quelques jours de traitement ; dans le cul-de-sac postérieur ou les culs-de-sacs latéraux, on trouve une ou généralement deux masses, du volume d'un œuf à une mandarine, très douloureuses au palper, peu ou pas de pelvi-péritonite, pas d'infiltration des ligaments larges ».

L'unilatéralité, bien qu'elle ne soit pas la règle, peut aussi faire pencher le diagnostic vers une étiologie streptococcique ou staphylococcique.

En effet, Desmarets et Cvitanovitch ont observé,

sur 155 cas de salpingites opérées, que dans 4 % de ces cas il existait une intégrité réelle de la trompe du côté opposé ; 5 de ces salpingites unilatérales étaient secondaires à un avortement ; 6 fois sur 7 il s'agissait d'annexite aiguë suppurée d'emblée. Dans les salpingites à évolution lente (et vraisemblablement gonococciques) la bilatéralité est la règle.

Histoire de la maladie

Les malades observées viennent à la Consultation à des étapes différentes de leur affection, quelques-unes assez peu de temps après un accident aigu primitif ; d'autres à l'occasion d'une rechute dans une affection déjà ancienne.

L'histoire de leur maladie est schématiquement la suivante dans les trois-quarts des cas.

Le début de l'affection a suivi d'assez près un accouchement ou plus souvent un avortement (parfois provoqué). L'infection puerpérale, même discrète (due le plus communément au streptocoque, au staphylocoque ou au *bacterium coli commune*), a provoqué une métrite qui a été suivie secondairement d'une infection des annexes. Parfois l'infection a causé primitivement une infection des trompes et des ovaires, surtout si l'avortement a été suivi de la rétention de débris placentaires.

L'évolution a pu être suraiguë ou septicémique, avec grosse réaction péritonéale. On a dans ce cas pratiqué l'immunothérapie anti-streptococcique ou

polyvalente. Le repos, la glace sur le ventre ont été prescrits classiquement pendant longtemps, aucun traitement physiothérapique n'étant à envisager à cette étape de la maladie.

Si l'évolution a été moins aiguë, mais a comporté cependant la formation dans les trompes, ou l'une des trompes, d'une grosse collection suppurée, on a eu souvent recours à un drainage par colpotomie et c'est le chirurgien qui nous adresse ensuite la malade.

Si l'évolution a été plus discrète, caractérisée pourtant par une crise douloureuse localisée à droite ou à gauche avec élévation de température, vomissements, légère réaction péritonéale, le tout cédant rapidement à une application de glace sur le ventre, nous voyons souvent la malade très peu de temps après le début de cet accident, et, dès que le foyer inflammatoire s'est à peu près éteint, nous pratiquons un traitement physiothérapique prudent.

Il se présente aussi des malades ayant eu déjà des crises légères ou graves de salpingite, accompagnées de métrites trainantes et qui, longtemps après, sans qu'on puisse en préciser la cause, ont refait une crise subaiguë du côté de leur trompe malade.

Dans ces divers cas, nous obtenons une sédation assez rapide des symptômes en instituant encore un traitement physiothérapique.

CHAPITRE II

Les traitements des annexites puerpérales

Le plus grand nombre de cas est justiciable de la *diathermie* associée ou non à des *infra-rouges*, avec une technique particulière adaptée aux circonstances.

Si l'affection se complique de *rétroversion douloureuse* fixée ou encore réductible, nous associons au traitement un *massage gynécologique* selon la méthode de Brandt.

En cas d'irritation vulvaire, de vaginite, due à la leucorrhée, nous faisons des applications calmantes, avec une électrode spéciale d'*effluves de haute fréquence* (électrode de Mac Intyre). Et si à l'examen du col, nous sommes en présence d'un petit col conique, à orifice punctiforme, favorisant les rétentions intra-utérines d'exsudats dus à une métrite du corps, nous faisons, également par les effluves de haute fréquence, une *dilatation* de l'orifice cervical, selon la méthode exposée dans sa thèse par Mlle le docteur M. Rousier (1), dilatation qui est substituée, dans le service de Mme Francillon-Lobre, à l'ancienne dilatation par laminaires.

Elle présente notamment sur ce traitement l'avantage d'être indolore et ambulatoire, la malade ren-

(1) Marguerite ROUSIER. — Contribution à l'étude des effluves dans quelques affections gynécologiques. Paris, 1932.

trant à son domicile aussitôt après et pouvant même vaquer ensuite à ses occupations.

Enfin une métrite cervicale chronique nécessite souvent une cautérisation endo-cervicale par *électro-coagulation*, traitement qui, à la consultation, est employé de préférence aux applications de caustiques (Filhos), car elle a l'avantage de laisser, après la chute de l'escarre, une cicatrice souple, non sténosante, et évite les cas de dystocie.

Etudions successivement ces divers traitements.

La diathermie

La *diathermie* est devenue, depuis nombre d'années, une thérapeutique si courante, que nous envisageons seulement son mode d'action et son application pratique aux différents cas pathologiques. Elle agit par sa *haute fréquence*. En recherchant les effets de tension, on régularise les échanges circulatoires dans les organes, et on stimule le fonctionnement sécrétoire des glandes endocrines.

Par son action pyrétotherapique pénétrante, elle amène une active circulation locale qui agit heureusement dans les états chroniques sur les parenchymes infiltrés, sur tout le tissu cellulaire. En effet, la circulation défectueuse amène de l'empâtement et de l'œdème de tout le petit bassin, causant cette sensation de pesanteur de tout l'abdomen, irradiant vers les cuisses, qui est accusée par tant de malades. Elle agit enfin sur la profondeur des culs-de-sacs glan-

dulaires où séjournent à l'état latent des germes prêts à se réveiller.

Son *action microbicide* s'explique non par destruction par la chaleur de ces germes morbides (on n'obtient jamais pour cela une température assez intense qui serait dangereuse pour les tissus), mais par exaltation de la vitalité des tissus et de leur pouvoir antitoxique dû à l'afflux sanguin et à l'activité leucocytaire.

L'*action analgésique* s'explique par la décongestion des tissus infiltrés engainant les organes et englobant des filets nerveux, causes de névralgies et de douleurs intolérables.

MODE D'APPLICATION. — L'application du traitement diathermique se fait dans le Service de gynécologie de la Salpêtrière au moyen des appareils à éclateurs de Beaudoin, à ondes amorties.

L'intensité peut varier de 1 ampère $1/2$ à 2 ampères, sans dépasser en principe 2 ampères $1/2$.

La température atteinte dans la profondeur des tissus ne doit jamais aller au-delà de 45° . Elle est contrôlable par un appareillage doté d'un thermomètre.

Dans les cas où l'on peut craindre un réveil d'une affection trop récemment atténuée, on chauffe prudemment aux premières séances pour n'atteindre que 40° à 42° .

Les séances ont lieu tous les deux jours et durent progressivement de 15 à 25 minutes.

L'application se fait soit par deux électrodes abdo-

mino-dorsales, soit par trois électrodes : une canule vaginale et 2 électrodes ventrale et lombaire.

En cas de rétroversion complète et fixée et pour mieux agir localement, on peut se servir d'une électrode rectale avec 2 plaques abdomino-lombaires. L'application est toujours indolore, la malade accuse une sensation de douce chaleur pénétrante, créant une impression de bien-être qui persiste plusieurs heures, après l'application.

Dès les premières séances, il y a sédation réelle des douleurs. Les 12 ou 15 séances ordonnées sont en général fidèlement suivies par la malade qui se sent rapidement soulagée. Vers la fin du traitement, on constate à l'examen le plus souvent, une guérison appréciable (80 % des cas d'après Dausset et Chenilleau) et dans les cas rebelles une amélioration notable, toujours décelée à l'examen par une libération ou un assouplissement des culs-de-sacs.

Quelques récidives sont de nouveau améliorées par une seconde série d'applications.

Les Infra-rouges

Les *Infra-rouges* sont des rayons calorifiques du spectre solaire à grandes longueurs d'onde s'étendant au-delà du spectre et beaucoup plus chauds que les rayons solaires visibles.

Ils sont produits par une lampe à incandescence, de gros volume, à filament de carbone ou de tungstène, dont le foyer est constitué par des spirales à

spires très serrées, donnant des rayons pénétrants de $1\ \mu$ de longueur d'onde, et par des émetteurs à résistance, donnant des rayons moins pénétrants, de 3 à $5\ \mu$.

L'application toujours locale ou régionale se fait à une distance du foyer variant de 0 m. 50 à 0 m. 20 centimètres selon la sensibilité de la malade. On agit progressivement, la malade devant rester de 20 à 30 minutes sous le rayonnement sans qu'on arrive à la dose érythémateuse.

La malade accuse une sensation de chaleur sèche, pénétrant peu à peu dans la profondeur des tissus et causant au bout d'une quinzaine de minutes une sédation des symptômes douloureux.

Le mode d'action des Infra-rouges est dû à l'augmentation de l'activité circulatoire, ce qui favorise la décongestion des tissus où siègeait auparavant une stase veineuse, ce qui augmente les échanges de nutrition dans les régions malades. Il agissent ainsi comme des U.V., et de plus, par une action réflexe (anesthésie des nerfs cutanés) amènent la sédation des organes profonds correspondant à la zone anesthésiée (Sicard).

Une quinzaine de séances est nécessaire pour consolider les résultats sédatifs obtenus à la fin de chaque séance.

L'Electro-coagulation

La cautérisation des tissus par *électro-coagulation* étudiée dans la thèse de Mme le docteur Pagès,

est une application calorique des courants de haute-fréquence comme la diathermie, mais avec une électrode *active* qui produit, non plus un simple échauffement, mais une véritable destruction par coagulation des matières albuminoïdes des tissus.

L'électrode est une tige isolante en ébonite terminée par une boule métallique de petite surface (grain de poivre). Cette électrode est reliée par un fil souple à l'un des pôles de l'appareil de diathermie ; à l'autre borne, on adapte l'électrode indifférente, comportant une plaque mince d'étain posée sous le siège de la malade. Une pédale très sensible permet d'ouvrir et de fermer très rapidement le courant.

On opère de la manière suivante : la malade mise en position gynécologique, on pose un spéculum et on introduit l'électrode, doucement, dans le col, jusqu'à ce qu'on éprouve la résistance spéciale du sphincter interne. On fait alors une rapide coagulation (l'appareil est étalonné pour obtenir en un temps donné la profondeur d'escharre nécessaire). On déplace l'électrode en avant, vers soi et en allant vers la droite. On donne un instant le courant. On déplace encore en avant et vers la gauche et on coagule de nouveau. On sort l'électrode du col et on complète par une légère coagulation sur le col si celui-ci est ulcéré.

L'opération terminée, on place un pansement argyré au $1/20^e$. La malade prend les soins habituels d'injection et vient tous les deux jours faire

renouveler son pansement. Vers le 10^e ou le 15^e jour, l'escharre s'élimine sans hémorragie laissant une cicatrice souple à la place des tissus cautérisés, cicatrice ne pouvant créer aucun obstacle à un accouchement ultérieur.

La méthode est à peu près indolore, bien tolérée des malades. Celles-ci nous signalent à peu près toutes, qu'à la suite de cette petite intervention, elles constatent une leucorrhée extrêmement abondante ou plutôt une hydroporrhée qui diminue à mesure qu'on s'approche de la chute de l'escharre. Les pertes glaireuses et verdâtres si tenaces, ont absolument disparu. Le résultat est infiniment supérieur à celui des anciennes méthodes de pansements chimiques qui n'atteignent pas le siège du mal : les reppaires microbiens des glandes du col.

La Haute-fréquence

Les effluations de *haute-fréquence*, soit dans le vagin, comme traitement calmant dans les vaginites, soit dans le col pour opérer une dilatation progressive et indolore, se font au moyen d'électrodes spéciales de calibre et de forme appropriés. L'éclatement des étincelles dans l'électrode produit une vibration transmise aux tissus mais non perçue par une sensation pénible. Au bout de quelques minutes d'application, on perçoit un relâchement des fibres musculaires, qui permet, dans les cas de vaginisme ou d'étroitesse du col, d'introduire peu à peu

l'électrode restée à l'orifice et cela sans qu'aucune douleur ne soit ressentie par la malade.

L'application dure une dizaine de minutes et doit être renouvelée une quinzaine de fois. Dès les premières séances, les malades accusent une amélioration et reviennent spontanément, en cas de récurrence, demander le même traitement.

La Kinésithérapie

Le traitement kinésithérapique ou *massage gynécologique* dont la technique, selon la méthode de Brandt, a été étudiée par Mme le docteur Sosnowka, comporte : le *massage vibratoire* avec sa technique particulière, la *friction circulaire*, l'*effleurage* avec pression progressive, le *massage interne* avec étirement très doux des brides fibreuses et redressement progressif de l'utérus déplacé. Il donne des résultats excellents s'il est fait par des mains expérimentées. Il n'est jamais pénible, ni douloureux et est suivi au contraire d'une sensation de bien-être, due à une meilleure irrigation du petit bassin sous l'influence des manœuvres combattant la stase sanguine. Il a en même temps une action réflexe remarquable sur la constipation due à l'atonie intestinale qu'il combat efficacement. Les séances, d'une durée progressive de 5 à 12 minutes sont espacées de 2 jours. En général, au bout de 12 à 15 séances, on constate un assouplissement des ligaments utéro-sacrés, et une disparition de l'œdème infiltrant le tissu

cellulaire péri-utérin. Dans les cas heureux où les adhérences sont assez récentes, l'utérus mobilisé complètement a pu reprendre une attitude normale ; le plus souvent, la rétroversion moins accentuée est devenue assez mobile pour ne plus gêner les fonctions intestinales. La malade accuse spontanément une sédation des symptômes douloureux.

Nous avons recueilli dans le très important fichier de la Consultation de gynécologie (il passe chaque jour de consultation, de 90 à 105 malades, sur les tables d'examen et dans les salles de traitements physiothérapiques) un certain nombre d'observation typiques des divers traitements dont nous obtenons des résultats favorables. En voici quelques-unes.

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION I. — Mme G... Marie, 44 ans. Infirmière, souffre du bas-ventre et surtout du côté droit depuis 6 ans. A eu 3 accouchements normaux, puis 3 fausses couches, la dernière suivie de curettage. Soignée depuis pour salpingite droite. Appendicectomie en 1926 qui n'a pas amélioré les douleurs.

Actuellement souffre beaucoup. Pertes blanches abondantes. Brûlures aux mictions. Règles durant 4 jours, d'abondance normale.

On trouve à l'examen l'utérus en bonne position, une sensibilité du cul-de-sac droit qui est empâté. Le col est sain.

On fait un traitement de 15 séances de *diathermie* vagino abdomino-lombaire. La malade examinée après

la dernière séance se sent très bien. On trouve un cul-dé-sac droit libre et non douloureux au palper. La leucorrhée a à peu près disparu.

OBSERVATION II. — Mlle J... Andrée, 28 ans, brodeuse. Souffre du ventre, surtout à gauche, depuis 6 ans, époque où elle subit un curetage à la suite d'une fausse couche.

Les règles sont régulières et d'abondance normale. Mais depuis 2 mois elles ont un caractère anormal. Après des pertes rosées durant 3 jours, survient une hémorragie brusque durant 20 minutes, suivie de pertes légères, un jour sur deux pendant une semaine. On trouve au toucher vaginal un petit utérus dévié à gauche, en arrière et une annexite gauche légère se traduisant par un empatement douloureux du cul-de-sac gauche.

On fait un traitement de *diathermie* et de *massage gynécologique*. Après 15 séances, la malade très améliorée ne présente plus de douleur annexielle. Le massage a assoupli les adhérences utérines. L'utérus n'est plus fixé en arrière, on le mobilise facilement et sans douleur.

OBSERVATION III. — Mme L... Madeleine, 25 ans, ménagère.

Présente des pertes blanches très abondantes depuis plusieurs années, après un accouchement normal. Elle souffre depuis du bas-ventre, surtout à droite et aussi de la région lombaire.

Elle est habituellement bien réglée, tous les 26 à 28 jours, pendant 4 jours, avec une abondance normale, sauf les 2 derniers mois où elle a très peu perdu. Elle est constipée. Elle éprouve un besoin fréquent d'uriner.

On constate à l'examen : une rétroversion complète et fixée, un cul-de-sac droit bridé et douloureux, une cysto-rectocèle, un col ulcéré.

Un traitement de plusieurs semaines est pratiqué, d'abord une électro-coagulation du col qui tarit les sécrétions assez rapidement. Puis un traitement de 15 séances de *diathermie* vagino abdomino-lombaire, suivies de 12 séances de *massage gynécologique*.

On constate à la fin du traitement que le col est sain, les ulcérations sont remplacées par un tissu cicatriciel rosé et souple. L'utérus encore en rétroversion, mais non fixée, est mobilisable sans douleur. L'annexe droite n'est plus douloureuse ; le cul-de-sac est seulement moins souple et moins profond que le gauche.

OBSERVATION IV. — Mme B..., Marguerite, 27 ans, souffre du ventre surtout à gauche, depuis une fausse couche faite il y a 3 ans. Pertes jaunâtres depuis ce moment. Auparavant un accouchement normal.

Au toucher vaginal on trouve un utérus en bonne position, une masse annexielle gauche de la grosseur d'une mandarine, à droite une petite réaction douloureuse avec un empâtement du cul-de-sac latéral. Le col est gros et ulcéré.

Un traitement de 15 séances de *diathermie* vagino-abdomino-lombaire est suivi d'une grande amélioration. La masse gauche est en grande partie résorbée. La douleur a disparu. Les pertes sont beaucoup moins abondantes. La malade se sent très bien.

OBSERVATION V. — Mme B..., France, 36 ans. Soignée pour salpingite il y a 10 ans, après un premier accouchement. Grosse réaction fébrile (soignée avec glace et piqure de Propidon). Il y a 7 ans, deuxième accouchement sans complications. Depuis, pertes blanches irritantes. Douleur dans le bas-ventre. Règles douloureuses régulières ne durant qu'une demi-journée. Le toucher vaginal montre un petit utérus antéfléchi. A droite gros

empâtement douloureux. Rien à gauche. Col gros et ulcéré.

Un traitement de *diathermie* avec 2 plaques abdomino-lombaires et une canule vaginale, fait au bout de 15 séances rétrocéder la douleur. Les pertes ont presque disparu. Une application vulvaire de l'électrode vaginale de *haute fréquence*, a calmé le prurit en huit séances.

OBSERVATION VI. — Lucienne R..., 28 ans. Souffre du ventre depuis 4 ans à la suite d'une fausse couche de 6 semaines, suivie de curettage. Pertes jaunes abondantes.

Réglée tous les 21 jours peu abondamment, durant 1 jour 1/2. Quelquefois léger retard. Avant le curettage les règles duraient 8 jours. La malade souffre une semaine avant les règles et le premier jour.

A l'examen on trouve l'utérus de volume normal très sensible, dévié à droite et en arrière. Le cul-de-sac droit est bridé et douloureux. Le cul-de-sac de Douglas est très sensible au toucher. On ne sent pas de masses annexielles. Le col est petit et sain, avec un orifice punctiforme contenant une masse glaireuse.

Un traitement de *diathermie* calme les symptômes douloureux. Le *massage gynécologique* ne permet pas de libérer entièrement les adhérences mais assouplit les ligaments utéro-ovariens, et permet de mobiliser l'organe sans douleur. La dilatation cervicale par *effluation* de haute-fréquence a tari les sécrétions utérines.

OBSERVATION VII. — Mme Th. Reine, 34 ans, ménagère. Souffre de douleurs sourdes du côté droit avec réactions plus aiguës par moments. A eu un accouchement il y a 8 ans, suivi d'une infection puerpérale, et une fausse couche il y a 6 ans sans complications.

Pertes blanches assez abondantes. Habituellement bien

réglée tous les 25 jours. Perd beaucoup pendant 3 jours ; souffre du côté droit surtout le premier jour des règles. A l'examen par toucher vaginal, on sent l'utérus en rétroversion fixée. Le cul-de-sac gauche est souple et non douloureux, le droit est un peu bridé et douloureux.

Col métritique.

On associe un traitement de *massage gynécologique* et de *diathermie*. La malade revue plusieurs semaines après son traitement n'a plus de symptômes douloureux.

L'utérus est mobilisable au toucher, le cul-de-sac droit est libéré. Les règles ont été moins douloureuses.

OBSERVATION VIII. — Mme D..., 36 ans. Souffre du ventre à droite depuis 1926. Ablation de l'appendice en 1923. Opérée pour une grossesse extra-utérine gauche. En 1926, ablation de l'annexe gauche. Règles régulières douloureuses durant 3 à 4 jours.

Le toucher vaginal montre un utérus dévié à droite et un peu en arrière, le cul-de-sac droit est douloureux, le col légèrement métritique.

Un traitement local de 15 séances d'*infra-rouges*, amène une sédation des douleurs. La guérison s'est maintenue plusieurs mois après.

OBSERVATION IX. — Mlle F... Marguerite, 27 ans, a subi un curettage en 1926, après une fausse-couche. Elle souffre du ventre depuis, a quelques pertes jaunâtres, des règles régulières, mais peu abondantes. On trouve au toucher vaginal un utérus rétroversé et fixé, un ovaire droit prolabé, les 2 annexes sensibles, col sain.

Un traitement de *massage* et d'*infra-rouges* associé calmé les algies et amène peu à peu une libération des adhérences. La malade ne souffre plus au toucher ; on peut mobiliser l'utérus en avant et latéralement sans aucune douleur.

OBSERVATION X. — Mme L... Olga, 31 ans, Souffre à gauche et dans la région lombaire depuis 4 ans. Deux accouchements normaux, une fausse-couche en 1928. Depuis, pertes blanches et douleurs. Règles normales comme date, durée et abondance.

Toucher vaginal : Rétroversion fixée à gauche. Légère annexite gauche. Cystocèle.

Traitement *infra-rouges*, 12 séances qui amènent rapidement une amélioration des algies.

Ultérieurement, la malade subit une réfection du périnée et se trouve extrêmement bien.

OBSERVATION XI. — Mme F... Marcelle, 22 ans.

A fait une fausse couche de 1 mois 1/2, il y a 6 semaines. Depuis pertes jaunes verdâtres, douleur du bas-ventre. Bien réglée pendant 4 jours, abondance normale.

Deux accouchements normaux auparavant. Appendicectomie en 1929.

Au toucher, on sent un gros utérus sensible en légère rétroversion, dévié à droite. Culs-de-sacs empâtés et douloureux. Col métritique.

On fait un traitement de *diathermie* très prudent au début, sans dépasser 1 ampère $\frac{1}{2}$. On augmente peu à peu l'intensité jusqu'à 2 ampères. Au bout de la 15^e séance, la malade éprouve un soulagement réel. L'utérus a repris un volume et une position normale. Les sécrétions utérines sont taries. La guérison peut être considérée comme complète.

OBSERVATION XII. — Mme W... Léonora, 24 ans.

Souffre du bas-ventre surtout à droite depuis une fausse couche de 6 semaines, datant de 3 mois et suivie de curettage.

Pertes jaunes depuis ce moment. Douleur irradiant vers la cuisse droite.

Règles douloureuses et très abondantes.

On trouve, au toucher, un utérus normal en bonne position, une petite masse annexielle à droite, un col métritique, une irritation et un prurit vulvaires.

On fait un traitement prudent de *diathermie* qui ne cause pas de réaction inflammatoire, et des applications vaginales de *haute-fréquence* qui amènent en douze séances, une guérison complète des symptômes. La masse annexielle est presque entièrement résorbée et n'est plus douloureuse. La leucorrhée a disparu.

OBSERVATION XIII. — Mme T... Marie, 35 ans.

Souffre habituellement du ventre, surtout à droite depuis un accouchement datant de 10 ans. Depuis a été soignée pour métrite à diverses reprises (Filhos), a des pertes blanches très abondantes occasionnant un prurit vulvaire très pénible. Les règles sont régulières mais peu abondantes et douloureuses.

On trouve à l'examen : l'utérus en position normale sans augmentation de volume, le cul-de-sac droit est douloureux et empâté. Rien d'annexiel à gauche. Le col est sain, allongé avec un petit orifice punctiforme.

Après un traitement comportant 12 séances de dilatation du col par effluation, et 15 séances de diathermie vagino-abdomino-lombaire. Nous revoyons la malade en excellent état. La leucorrhée et le prurit ont disparu, l'annexe droite n'est plus douloureuse. La malade se considère comme guérie.

OBSERVATION XIV. — Mme Ch. Andrée, 27 ans,

A fait une crise aiguë de salpingite droite après un avortement récent. Elle présente une masse annexielle droite importante et douloureuse. L'utérus est gros et sensible. Elle subit un traitement prudent de diathermie avec deux plaques abdomino lombaires ; repos et appli-

cations de compresses d'eaux-mères de Salies-de-Béarn. Après une série de quinze séances, la malade est extrêmement améliorée et peut reprendre ses occupations.

OBSERVATION XV. — A. Germaine, 28 ans.

Deux ans après une fausse couche suivie de curettage, a subi l'ablation de l'ovaire gauche et appendicectomie. Présente actuellement des signes de salpingite droite avec petite réaction fébrile et masse douloureuse au toucher. Après deux semaines de repos avec glace sur le ventre et vaccinothérapie, on fait un traitement extrêmement prudent de diathermie qui est bien toléré et procure en quinze séances une très notable amélioration. Une seconde série, quelques mois après, confirme la guérison.

OBSERVATION XVI. — Mme C. Jenny, 29 ans.

A eu deux accouchements normaux suivis de deux fausses couches, la dernière ayant nécessité un curettage.

A la suite, la malade a présenté des douleurs dans le côté droit, devenant surtout intolérables huit jours après la période des règles.

L'utérus est complètement rétroversé et fixé, l'annexe droite douloureuse. On fait un traitement associé de massage et de diathermie avec canule vaginale et électrodes abdomino-lombaires.

En quelques semaines, la malade est extrêmement améliorée. Le bassin est décongestionné, les organes sont mobilisés sans douleur. La malade n'a plus de crises douloureuses inter-menstruelles.

CHAPITRE III

Traitement thermal des annexites puerpérales

La cure de Salies-de-Béarn

Nous venons de voir une catégorie de malades atteintes d'annexites puerpérales que leur situation sociale de femmes qui travaillent oblige à se soigner avec un minimum de temps perdu et de traitements onéreux.

Nous avons eu l'occasion, pendant deux séjours que nous avons faits à Salies-de-Béarn, d'étudier le traitement thermal qui, dans cette station, est appliqué aux malades présentant des lésions analogues d'annexites puerpérales.

Mme le docteur Collard-Huard, médecin consultant a eu l'obligeance de nous faire profiter de sa longue expérience de la cure thermale de Salies-de-Béarn et a bien voulu nous communiquer quelques-uns de ses dossiers, dont nous extrairons quelques observations typiques.

Les différentes sources de Salies donnent des eaux chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées, contenant en moyenne par litre : 250 à 260 gr. de chlorures alcalins (sodium, potassium, calcium, magné-

sium, lithium), 10 à 14 gr. de sulfates alcalins, 0 gr. 50 de bromure de magnésium, 0 gr. 05 d'iode de sodium, 1 gr. de matières organiques. Elles joignent à une saturation exceptionnelle en chlorures, une richesse et une complexité chimiques de tous les éléments minéraux variés du corps humain, ce qui en fait des eaux reminéralisatrices par excellence.

Les sels de magnésium lui confèrent une action microbicide. Elle contient, d'autre part, des colonies de bacilles et de microcoques actifs et vivants qui ont le pouvoir d'atténuer la virulence des microbes pathogènes.

Le mécanisme de la cure de Salies appliquée dans l'annexite puerpérale est celui-ci. La malade est envoyée à la station seulement quand la période inflammatoire est terminée et la réaction péritonéale bien éteinte. L'examen montre alors le plus souvent : des annexes augmentées de volume et sensibles, des culs-de-sacs douloureux, et presque toujours une congestion de tout le petit bassin due à la stase veineuse, parfois une immobilisation de l'utérus emprisonné dans une gangue de tissu œdématisé ou encore des adhérences retenant l'utérus en position de rétroversion fixée.

La malade accuse des douleurs sourdes exacerbées par la fatigue, une pesanteur du ventre, souvent une gêne à la miction, une marche pénible, une leucorrhée tenace.

Le traitement classique comporte : la balnéation avec dosage progressif de la minéralisation du bain et variation de la température selon les réactions de la malade, (il vaut mieux être trop prudent au début que de risquer un réveil de l'infection latente) la douche vaginale dans le bain, parfois la douche tiède locale ou générale après le bain, pour régulariser la circulation générale.

La graduation de minéralisation selon l'accoutumance permet d'arriver plus ou moins rapidement, selon le tempérament des malades, à donner le bain en « entier », c'est-à-dire le bain d'eau naturelle de la source, sans dilution.

L'adjonction d' « eaux-mères » obtenues par concentration, après précipitation du chlorure de sodium, eaux spécialement riches en bromures et en iodures alcalins, permet de rendre le bain plus sédatif, plus calmant, plus résolutif, et fait ainsi mieux supporter le sel aux malades fragiles.

Après le bain, les malades s'étendent, se reposent le plus possible et c'est une des conditions de succès de la cure.

Elle comporte, selon les cas, de 20 à 30 bains, le bain « entier » n'étant donné parfois que vers la fin de la cure.

L'action des eaux de Salies est complexe. La principale est peut-être une action résolutive sur les exsudats pelviens, les reliquats inflammatoires, les hyperplasies conjonctives péri-utérines, et aussi leur

action tonique et excitante sur la fibre lisse de l'utérus. En même temps, elles combattent l'œdème dû à la stase veineuse, par une meilleure irrigation du petit bassin, elles améliorent aussi l'état général en augmentant les échanges et les oxydations, et relèvent la nutrition.

Les eaux-mères, riches en bromures et en iodures, ont une action sédative particulière, corrigeant l'action excitante du bain salé.

Enfin, le climat extrêmement doux, la situation de Salies dans une vallée abritée de tous les vents, l'atmosphère extraordinairement calme en font un séjour qui convient spécialement aux malades nerveux.

Voici quelques observations de malades venues à Salies après une infection puerpérale et qui en ont retiré ou guérison ou amélioration durable. On pourrait multiplier les observations du même genre qui sont le type des malades de la station :

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Mme R.-L.... Fausse couche de 4 ou 5 mois. Infection streptococcique. Salpingite bilatérale de la grosseur d'un abricot.

Elle vient, en 1918, faire une première saison à Salies-de-Béarn, saison à la suite de laquelle la tumeur subit une régression évaluée par le docteur Funck-Brentano à 90 % de son volume. Une grossesse survient aussitôt après la cure : un premier enfant naît sans complications.

En 1921. Rechute à la suite de fatigues matérielles.

Une deuxième saison à Salies est suivie de régression et d'une grossesse normale. Actuellement, la malade revient depuis deux ans soigner de légères rechutes causées par la fatigue matérielle et part en excellent état de santé.

OBSERVATION II. — Mme F..., mariée à 24 ans, fait une fausse couche de 6 mois due à un placenta prævia. Elle est infectée, présente ensuite de l'endométrite. L'utérus est gros, mais non fibromateux. Elle fait une nouvelle grossesse, mauvaise, l'enfant meurt à 6 mois. Elle vient ensuite à Salies 6 ans après le premier accident, fait une cure complète qui lui procure un soulagement considérable et nous annonce l'année suivante la naissance d'un enfant dans les meilleures conditions. Guérison confirmée.

OBSERVATION III. — Mme X... est envoyée à Salies-de Béarn, en 1925, par son médecin de Bruxelles, à la suite d'un accouchement difficile avec déchirure du col, et suites de couches fébriles pendant 2 mois $\frac{1}{2}$. Elle présente en arrivant une salpingo-ovarite gauche du volume d'une mandarine. (L'infection d'origine gonococcique est écartée, il s'agit de streptocoque). La dernière poussée inflammatoire avait eu lieu à la suite d'une rubéole et depuis, la malade présente chaque mois une congestion douloureuse intermenstruelle.

Elle fait une longue saison à Salies en 1926, avec beaucoup de repos et une cure très douce et progressive.

A ce moment, l'annexe gauche est de la grosseur d'une prune, la mobilité de l'utérus est de plus en plus appréciable.

Nous lui conseillons de revenir pour une deuxième cure de complément, mais quelques mois après, la malade nous annonce une grossesse et l'enfant naît dans d'excellentes conditions. La guérison se confirme.

OBSERVATION IV. — Mme Tr., 23 ans, récemment mariée, présentant un Basedow fruste, vient à Salies avec une annexite droite, du volume d'une petite mandarine. Elle a fait, en rentrant de voyage de noces, une fausse couche de quelques semaines, mal soignée, et depuis présente une réaction douloureuse à droite et surtout marquée 15 jours après les règles et rendant la marche impossible.

Elle fait une saison de 21 bains, très prudente, avec adjonctions d'eaux-mères qui est parfaitement tolérée. La tumeur, en fin de traitement, a la dimension d'une petite prune. La malade se sent beaucoup mieux : la douleur a disparu ainsi que l'empâtement du cul-de-sac droit. Les symptômes basedowiens ont nettement rétrocedé.

Au bout de plusieurs mois, le médecin traitant m'informe que la guérison est confirmée. (L'exophtalmie et la tachycardie ont presque disparu).

Une grossesse ultérieure a été menée à terme.

OBSERVATION V. — Mme Val, 29 ans, fait une fausse couche aussitôt mariée, avec réaction péritonéale, ayant nécessité repos et glace. Elle conserve, depuis, des séquelles douloureuses, avec rétroversion fixée sans masses annexielles, mais avec empâtement des culs-de-sac latéraux.

Une saison de 30 bains, à minéralisation progressive, amène une grosse amélioration. — L'utérus plus mobile est libéré des adhérences. Il n'y a plus de crises douloureuses.

La malade revient l'année suivante, en assez bon état, et malgré son indocilité (c'est une sportive impénitente), une seconde cure complète la guérison qui s'est maintenue depuis, sans récidives.

CONCLUSIONS

1° Les annexites puerpérales comportent habituellement une symptomatologie, une évolution et un pronostic qui diffèrent de ceux des annexites à gonocoques ou à bacilles de Koch : accidents primitifs plus aigus, évolution plus rapide, reliquat inflammatoire, cédant bien au traitement, pronostic fonctionnel bon.

2° La période inflammatoire passée, ces annexites puerpérales sont traitées avec succès par divers traitements physiothérapiques :

a) La *diathermie* qui favorise la circulation pelvienne, décongestionne les tissus du petit bassin et calme les douleurs de cellulite pelvienne.

b) Les *infra-rouges*, qui agissent par la chaleur pénétrante à peu près de la même manière, avec un effort sédatif encore plus marqué sur les algies.

c) Le *massage gynécologique* qui assouplit les adhérences retenant l'utérus en fausse position, et améliore la circulation pelvienne.

d) L'*effluation de haute-fréquence* qui, appliquée à la vulve et au vagin, calme les douleurs de la vaginite et les prurits vulvaires : cette effluation faite dans le *col* dilate le sphincter cervical et per-

met l'élimination des sécrétions pathologiques du col et de l'utérus.

e) *L'électro-coagulation* du col utérin, permet une cautérisation de la muqueuse en laissant une cicatrice souple.

Tous ces traitements ambulatoires sont appliqués à la consultation de Gynécologie de la Salpêtrière avec les meilleurs résultats.

3° La cure de Salies de Béarn pratiquée dans cette station sur des annexites puerpérales refroidies, a une action résolutive sur les exsudats inflammatoires pelviens et tend à libérer l'utérus de ses adhérences et à fondre la gangue scléreuse engainant les annexes, ce qui permet leur récupération fonctionnelle, comme le prouvent les grossesses constatées peu après.

Elle améliore l'état général par l'action tonique des eaux chlorurées sodiques fortes et bromo-iodurées.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD

Vu : *Le Président de Thèse,*
A. GOSSET

Vu et permis d'imprimer :

Le recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- L. BERTAZZI. — Traitement des rétroversions douloureuses par le massage et la diathermie. *Thèse*, Paris, 1928.
Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie. Paris, 1932 (*passim*).
- DANIEL. — Physiothérapie en Gynécologie. Paris, 1931.
- DAVID. — Les eaux de Salies-de-Béarn.
- DESNOS. — Thérapeutique hydro-minérale en gynécologie. *Thèse*, Paris, 1926.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie. Paris, 1911.
- M. FRANCHILLON-LOBRE. — Traitement par les Infra-rouges. *Société française de Gynécologie*, mars 1933.
- G. PAGES. — De la diathermo-coagulation dans le traitement des métrites cervicales chroniques. *Thèse*, Paris, 1927.
- Marguerite ROUSIER. — Contribution à l'étude de l'action des effluves dans quelques affections gynécologiques. *Thèse*, Paris, 1932.
- H. SOSNOWSKA. — Thérapeutique gynécologique. Méthode de Brandt, Paris, 1922.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les annexites puerpérales</i>	
Histoire de la maladie	9
CHAPITRE II. — <i>Les traitements des annexites puerpérales</i>	15
Diathermie. Mode d'application	16
Infra-rouges	18
Electro-coagulation	19
Haute-fréquence	21
Kinésithérapie	22
OBSERVATIONS	23
CHAPITRE III. — <i>Traitement thermal des annexites puerpérales. — La cure de Salies-de-Béarn</i> ..	31
OBSERVATIONS	34
CONCLUSIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	39

Imprimerie scientifique des éditions Vége, Paris — 4-33

